

Déclaration du droit des bénéficiaires

Personne assuré/e

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naiss.	_____	N° d'ass. soc.	_____
Rue	_____	NPA / Lieu	_____
Etat civil	_____	Téléphone	_____
Employeur	_____	E-Mail	_____

Selon le règlement de prévoyance un capital en cas de décès est dû lorsque la personne assurée ou le bénéficiaire d'une rente d'invalidité décède avant d'avoir atteint l'âge de la retraite et qu'aucune rente de conjoint ou de partenaire ne doit être versée en vertu du règlement. Il est en plus possible que le plan de prévoyance prévoit un capital décès supplémentaire. Le droit précis à un capital en cas de décès est réglé dans le règlement de prévoyance et le plan de prévoyance déterminant.

Un éventuel capital-décès est versé aux bénéficiaires suivants :

- a. au conjoint survivant ou au partenaire survivant respectivement au conjoint survivant, qui ne remplit pas les conditions pour une rente de conjoint;
- b. à défaut: aux enfants du défunt ayant droit à une rente, à parts égales;
- c. à défaut: aux personnes à l'entretien desquelles le défunt subvenait de façon substantielle, à parts égales;
- d. à défaut: aux enfants du défunt n'ayant pas de droit à une rente, à parts égales;
- e. à défaut: aux parents, à parts égales;
- f. à défaut: aux frères et sœurs, à parts égales.

La personne assurée peut, de son vivant, modifier l'ordre des ayants droit selon let. d à f par une désignation écrite remise à la fondation et prévoir, pour ces personnes, un autre partage du capital décès que celui qui est prévu. Pour les conditions détaillées, voir le règlement de prévoyance et le plan de prévoyance valable au moment du décès.

La présente déclaration des bénéficiaires remplace toutes les anciennes. Elle peut être révoquée à tout moment par la personne assurée. La déclaration des bénéficiaires s'applique sous réserve de modifications ultérieures des bases juridiques et de la jurisprudence.

AVENIRPLUS

Dans le cadre des prescriptions légales et réglementaires je désigne l'ordre des bénéficiaires en cas de mon décès ainsi que leurs droits comme suit :

Bénéficiaire

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	N° d'ass. soc.	_____
Rue	_____	NPA / Lieu	_____
Quote-part %	_____	Relation	_____

Bénéficiaire

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	N° d'ass. soc.	_____
Rue	_____	NPA / Lieu	_____
Quote-part %	_____	Relation	_____

Bénéficiaire

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	N° d'ass. soc.	_____
Rue	_____	NPA / Lieu	_____
Quote-part %	_____	Relation	_____

Bénéficiaire

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	N° d'ass. soc.	_____
Rue	_____	NPA / Lieu	_____
Quote-part %	_____	Relation	_____

Lieu et date _____

Signature de la personne assuré _____